

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1908-1909 — N° 33

Quelques Réflexions

SUR LE

PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT

de la présentation du

Siège décomplété mode des fesses

à propos d'une statistique faite à la Clinique obstétricale de Lyon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon HAUVUY

Né à Maizey (Meuse), le 7 Février 1883

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1908-1909 — N° 33

Quelques Réflexions

SUR LE

PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT

de la présentation du

Siège décomplété mode des fesses

à propos d'une statistique faite à la Clinique obstétricale de Lyon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon HAUVUY

Né à Maizey (Meuse), le 7 Février 1883

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—
1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT. ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M LORTET.

MM. **PROFESSEURS HONORAIRES**
CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	TEISSIER.
	BARD.
Cliniques chirurgicales.	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE.
Clinique ophtalmologique.	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale.	X....
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	COLLET.
Anatomie pathologique.	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. ROCHET.	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND.	—
Hygiène administrative	LESIEUR.	—
Accouchements.	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LÉPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Etienne)	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	LATARGET, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE.	BÉRIEL, ch...
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. COMMANDEUR et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Officier d'administration Principal du Service de Santé militaire
Chevalier de la Légion d'Honneur

ET

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés à mon égard,

A MON FRÈRE

Officier d'administration du Service de Santé militaire
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON BEAU-FRÈRE, LE CAPITAINE A. PICQUART

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA SOEUR — A MA BELLE-SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Lyon

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

D'ALGER, DE NANCY ET DE LYON

C'est pour obéir moins à l'usage qu'à un sentiment spontané de reconnaissance, que nous plaçons, en tête de ces lignes, un hommage de respectueuse gratitude à Monsieur le Professeur Fabre, qui nous fait le grand honneur de présider aujourd'hui notre thèse, après nous en avoir inspiré le sujet. Qu'il veuille bien agréer nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a ouvert les portes de sa clinique et de sa bibliothèque, et pour les conseils qu'il ne nous a pas ménagés au cours de ce travail.

A Alger, où nous fîmes notre première année de médecine, nous fûmes guidé par Monsieur le Médecin Principal Véron, qui contribua pour beaucoup à la détermination que nous prîmes de rentrer dans le corps du Service de Santé Militaire, et par Monsieur le Médecin Principal Sieur, Professeur au Val-de-Grâce, dont les leçons magistrales et les conseils nous facilitèrent l'admission à l'Ecole du Service de Santé. A tous deux, nous adressons ici le témoignage respectueux de notre vive reconnaissance et de notre dévouement.

L'année suivante, à Nancy, nous eûmes l'honneur, pendant un semestre, d'être externe dans le service de Monsieur le Médecin Inspecteur Février, alors professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy ; nous le prions d'agréer l'hommage respectueux de notre gratitude pour son enseignement et la sollicitude bienveillante dont il nous a honoré.

A Messieurs les Professeurs Parisot et Ancel, nous adressons un témoignage de vive reconnaissance.

INTRODUCTION

Sur les conseils de notre maître, M. le Professeur Fabre, nous avons voulu contribuer, par un modeste apport, à l'étude du pronostic et du traitement des présentations du siège décomplété mode des fesses.

Etant donné la brièveté relative de nos études médicales au point de vue obstétrical, nous ne pouvions entreprendre un sujet de thèse dont les conclusions eussent été le résultat de notre expérience ou de nos observations cliniques : nous nous en sommes rapporté aux faits consignés sur les observations que nous publions aujourd'hui.

Nous nous sommes efforcé de mettre en évidence la conduite tenue, en pareil cas, à la clinique obstétricale de Lyon depuis quinze ans, sous la direction de Fochier et de son successeur, M. le Professeur Fabre.

La conduite à tenir pour l'extraction du siège décomplété mode des fesses, a fait depuis une vingtaine d'années l'objet de nombreuses discussions ; actuellement, l'accord semble fait parmi les accoucheurs pour rejeter l'emploi des crochets, des lacs et du forceps ; la plupart ont recours à la méthode vulgarisée en France par Pinard, de l'abaissement du pied, en faisant fléchir la jambe sur la cuisse. Aussi, notre intention n'est-elle pas de traiter en entier *du pronostic et du traitement des présentations du siège décomplété mode des fesses*, mais d'étudier tout particulièrement, au point de vue des interventions, les observations de la clinique obstétricale de Lyon et les résultats obtenus dans ces accouchements.

HISTORIQUE

Dans les nombreux ouvrages qui traitent du pronostic et du traitement des présentations du siège décomplété mode des fesses, il est deux préceptes qui semblent quelque peu contradictoires et qui nous sont fournis, l'un par la théorie, le second par la clinique : 1° la présentation du siège décomplété mode des fesses est relativement dystocique ; 2° malgré cela, la mortalité fœtale est peu élevée.

Dès la fin du XVII^e siècle, Peu et Mauriceau signalaient de nombreux accidents chez la mère et l'enfant : déchirures périnéales, fractures des petits membres ; dans sa troisième édition, Mauriceau disait que le chirurgien devait aller chercher les pieds de l'enfant dès qu'il avait diagnostiqué une présentation du siège décomplété mode des fesses ; mais, dans la 7^e édition, voici ce qu'il écrit : « il y a souvent moins de danger à laisser venir les enfants en cette posture que dans précipiter l'extraction devant que le passage ait été suffisamment préparé et dilaté, car la voie n'étant pas faite, la tête de l'enfant restant pour ce sujet plus longtemps arrêtée au passage, après que le corps en est sorti avec beaucoup de peine, il court plus grand risque que lorsque cette voie a été dilatée par le cul de l'enfant qui s'est présenté le premier ».

Delamotte, Levret, Smellie, Baudelocque, au début du XVIII^e siècle, étaient du même avis, et M^{me} Lachapelle, dont l'expérience clinique n'est pas douteuse, insiste plus tard sur la nécessité de laisser faire la nature. D'ailleurs, les auteurs les plus anciens, suivant les préceptes d'Hippocrate, avaient admis en principe que, pendant la grossesse, on devait s'efforcer de « ramener la tête au couronnement », et les auteurs modernes, d'un commun accord, préconisent la version par manœuvres externes pendant le huitième mois. « En raison du pronostic, tel qu'on « n'en rencontre de semblables que dans les plus terribles « maladies, je pense, dit Pinard, que tous les efforts faits « pour substituer une présentation du sommet à une présentation du siège, sont légitimes ».

Cependant, quelques rares auteurs, avec von Winckel, objectent que si la version réussit, on peut voir survenir au dernier moment une présentation du tronc ou de l'épaule.

Cette préoccupation qu'ont eue de tout temps les accoucheurs, de transformer les présentations du siège en présentation du sommet, montre que, depuis l'origine de l'obstétrique, la présentation du siège était considérée par la plupart des accoucheurs comme très dystocique; Hippocrate voit la mère et l'enfant en péril; Guillemeau, Peu, Mauriceau sont pessimistes, mais M^{me} Lachapelle surtout fit des présentations du siège un assez sombre tableau; dans une statistique portant sur 804 cas, elle trouve 102 enfants faibles, 115 morts, 16 difformes ou abortifs, et 580 bien portants; la mortalité s'élève à 1 pour 7. Pour Paul Dubois elle ne serait plus que de 1 pour 11 et de temps à autre, une voix s'élève qui cher-

che à réhabiliter quelque peu cette présentation ; sans aller toutefois jusqu'à suivre De la Motte qui préfère l'accouchement par les pieds à l'expulsion par le sommet, Baudelocque range cette présentation parmi les accouchements naturels, et Nægelé reconnaît que, bien que dangereuse pour le fœtus, elle est avantageuse pour la mère.

La plupart des accoucheurs, suivant en cela les auteurs classiques, considèrent la présentation du siège comme sensiblement plus défavorable que celle du sommet : sans être absolument fâcheux pour la mère, leur pronostic est basé sur ce fait que le travail est plus long, plus pénible, que les déchirures sont plus fréquentes, que les interventions, indispensables au moins pour l'extraction de la tête, favorisent l'infection. Pour le fœtus, le pronostic serait plus sombre, en raison des dangers d'asphyxie par compression du cordon ou rétraction du col utérin sur la tête dernière en déflexion : pour Churchill et Spondly la mortalité s'élève à 1 sur 3, pour Hecker à 22 %, pour Hégar à 35 %, pour Pajot à 14 %.

Mais c'est là, envisagé en bloc, le pronostic général de la présentation du siège, et dans ces dernières années, on s'est élevé contre une crainte exagérée de la présentation du siège décomplété mode des fesses : Budin faisait déjà remarquer que dans 89 cas pour 100, l'accouchement ne nécessite aucune intervention spéciale ; mais il ajoutait, il est vrai, que dans les autres cas la dystocie n'en est que plus sérieuse.

Bonnaire dans son enseignement, et ses élèves Bloc et Dubrisay dans leurs recherches et leurs publications, ont essayé de se dégager des opinions toutes faites : à la suite de mensurations et de ses recherches statistiques, Bloc

arrive avec son maître à des résultats qui détruisent l'opinion classique.

Les chiffres de mortalité fœtale que donne Bloc sont 7,6 % dans le cas de présentation du siège décomplété mode des fesses, et 10,5 % dans le cas de siège complet; Minon donne 6,64 %; Von Winckel 20 %; Von Hecker 13,6 %, et M^{me} Gaussel-Ziegelmann 9,52. Enfin dans les auteurs classiques, nous trouvons que la mortalité fœtale s'élève à 11 % suivant la statistique de la clinique Baudelocque (Ribemond-Dessaigues et Lepage) *sans distinction des modes de présentation du siège*; Porak trouve une mortalité de 9 p. 30 chez les multipares, et 1 p. 9 chez les primipares (1), soit, en moyenne, 8 %, la présentation étant plus fréquente chez les primipares.

Parmi les causes de morbidité et de mortalité, nous relevons dans la thèse de Minon, le défaut d'engagement; cependant, Budin, en 1881, et Mauriceau, bien avant lui, avaient signalé la possibilité d'engagement pendant la grossesse, et ce fait a été vérifié depuis par de nombreux auteurs. Mais l'on croyait surtout que la dystocie était due à ce que la dilatation se fait moins bien dans la présentation des fesses que lorsque le siège est complet. Or, les mensurations de Bloc (1897), confirmées par Bonnaire et Dubrisay, en 1904, montrent que la circonférence sous-scapulo-rétro-tibiale (circonférence passant par le thorax et les mollets relevés du fœtus) est toujours sensiblement égale au périmètre maximum du siège complet, et toujours supérieure aux circonférences sous-occipito bregmatique et sous-occipito frontale. La dilatation se fait donc pro-

(1) *La pratique de l'Art des Accouchements* (1907), P. Bar, etc., p. 295.

gressivement et complètement par une sorte de tronc de cône à extrémité arrondie que forme le fœtus en présentation du siège décomplété mode des fesses; et la tête dernière doit pouvoir passer sans difficulté. C'est ce que l'on observe dans les accouchements où l'on n'a pas eu à intervenir pour le dégagement du siège et du tronc. Mais la présentation peut être arrêtée, de ce fait que les membres inférieurs relevés au devant du corps du fœtus constituent, suivant l'expression de Tarnier, deux attelles rigides pouvant mettre obstacle au mouvement d'incurvation latérale que doit accomplir le tronc pour se dégager. Cette théorie est classique : il semble que, pour cette raison encore, la dystocie soit fréquente; l'observation clinique et les statistiques montrent qu'il n'en est rien, et que le plus souvent le tronc se dégage spontanément jusqu'aux épaules. Nous ne parlons pas des statistiques anciennes, qui ne font pas de distinctions entre le pronostic du siège complet et celui du siège décomplété mode des fesses ; mais d'après Von Hecker, l'intervention est obligatoire dans 27 % des cas, dans l'intérêt de l'enfant, et c'est ce qui détermine la mortalité plus fréquente pour la mère, mortalité qu'il estime à 2,07 %. Pour Budin, l'intervention est nécessaire dans 16 % des cas (3 fois sur 19), et pour Commandeur, dans 10 % seulement; Bloc nous fournit les résultats d'une statistique portant sur 176 observations; chez les primipares, on est intervenu 11 fois sur 90, et chez les multipares 7 fois sur 68; ce qui nous donne à peu près une proportion de 11 %. Encore remarque-t-il que, si l'on met à part 10 cas pour lesquels on fit l'abaissement prophylactique du pied, il ne trouve que 7 interventions nécessaires sur 165 cas que l'on croyait devoir se terminer spontanément.

Dans le travail très intéressant de M^{me} Gaussel-Ziegelmann, nous relevons une proportion de 9 interventions sur 21 cas (43 %); mais le nombre des observations semble un peu trop minime pour que l'on puisse tenir grand compte de cette statistique (1).

Ces quelques données, basées sur des chiffres, permettent de se rendre compte que la présentation du siège décomplété mode des fesses, n'est pas dystocique aussi souvent qu'on le croyait il y a encore quelques années. Cependant, si le diagnostic de la présentation est fait pendant la grossesse, les chiffres de mortalité fœtale et le nombre de cas où l'intervention est nécessaire, sont assez élevés pour que l'on n'hésite pas à faire la version par manœuvres externes. Ne pas insister pourtant si on éprouve de grosses difficultés au cours de cette opération, ce qui arrive assez fréquemment dans le mode des fesses, par suite de la rigidité du fœtus et de la longueur d'un des axes de la présentation. Ne pas tenter la version si la poche des eaux est rompue, et jamais sous anesthésie. Il faut enfin ne pas oublier que, faite trop près du terme, la version offre un grand danger : la procidence du cordon et sa compression ; c'est pourquoi les auteurs recommandent de la tenter vers le début du huitième mois.

Mais lorsque le travail est commencé, quelle conduite doit tenir l'accoucheur ? Mauriceau nous montre, dans son style imagé, que pour faire alors la version, il faudrait pouvoir repousser le fœtus au-dessus du détroit supérieur (ce qui est très difficile), car l'engagement du siège dé-

(1) Nous verrons cependant, que cette dernière statistique est celle dont les résultats se rapprochent le plus des nôtres qui portent sur 150 observations.

complété mode des fesses se fait très rapidement, ainsi que nous l'avons signalé plus haut (Budin, 1881); il peut même se faire assez fréquemment pendant la grossesse : en ce cas, la version est presque impossible et mieux vaut ne pas la tenter.

Mauriceau ajoutait qu'on pouvait beaucoup aider le fœtus à sortir en accrochant les deux plis inguinaux avec l'index de chaque main.

Deventer pensait que cette manœuvre ne peut réussir que si on refoule le coccyx, et M^{me} Lachapelle insiste sur la direction à donner aux tractions : d'abord en arrière, puis en bas, enfin en avant; pour cela, dit-elle, il faut agir en premier lieu sur la hanche antérieure, puis sur les deux à la fois, et en troisième lieu sur la postérieure. Elle condamne les crochets, dont elle n'aurait fait usage que deux fois pour l'extraction des fesses, s'il faut en croire son neveu Ant. Dugès.

Les crochets, comme les lacs, ont eu leurs défenseurs parmi lesquels nous citerons pour mémoire, Peu, Mauriceau, Smellie, Rodrig. dos Santos, Baudelocque, Gardien, Velpeau, Desormeaux, Cazeaux, Bailly, Otto Küstner; Bitot, même, inventa un crochet mousse dynamomètre. Mais leur procès a été jugé et nous n'insisterons pas; qu'il suffise de rappeler les dégâts considérables causés par ces instruments (1). Les lacs, cependant, sont encore employés, mais suivant une technique et des indications particulières mises au point par Olivier (1882) dans sa thèse; cet auteur nous montre que si, dans les sacro-antérieures on ne risque pas de fracturer le fémur avec les lacs, il

(1) In thèse Olivier. — Observ. de M. Bar, où le crochet a déchiré l'artère fémorale et déterminé une hémorragie mortelle.

n'en est pas de même dans les sacro-postérieures : un coup d'œil jeté sur le schéma ci-dessous, emprunté d'ailleurs à la thèse d'Olivier, permettra au lecteur de s'en rendre compte ; dans le premier cas, la force est appliquée perpendiculairement au fémur de l'enfant ; dans le second, le lacs prend appui sur l'os coxal. L'indication des lacs se borne donc aux sacro-antérieures, d'après Olivier



Tractions sur le siège avec le lacs dans le cas de position postérieure (Olivier).

L'application du forceps sur le siège décomplété mode de fessés a eu son premier partisan, en France, en 1846 : c'était Jacquemier ; Tarnier, Küstner, Belluzi, l'ont préconisé. Plus tard, Ballochi (1871) fit des expériences démontrant que le forceps, appliqué sur les cuisses du fœtus et non sur le bassin, ne pouvait déraeper ni causer les lésions qu'on lui reprochait : Olivier, d'accord avec Budin et Maygrier, montre que, dans les sacro-postérieures, où les tractions par les lacs sont contre-indiquées, la prise de forceps pouvait se faire dans de bonnes conditions. Mais

M. le Professeur Fabre le rejette absolument. Mantel conclut (thèse 1889) en nous disant que, cependant, il est des cas où tous ces moyens échouent, quand ils ne sont pas dangereux ; tous les auteurs sont d'accord pour n'intervenir, quel que soit leur procédé, que lorsque la dilatation est complète, car « plus vite on intervient, plus on risque le relèvement des bras et la déflexion de la tête » (Porack). Et, si tous ces instruments ont été préconisés tour à tour, c'est que les tractions inguinales faites avec l'index sont très fatigantes ; Wailhé, dans sa thèse (1897), indique une technique spéciale qui permet une prise bi-digitale sur l'aine antérieure, sans que le siège soit profondément engagé. Il arrive en effet que la présentation est arrêtée au détroit supérieur, et qu'on ne peut songer à exercer de tractions sur les aines du fœtus, ni avec les doigts, ni avec des crochets, ni avec des lacs, que ce soit impossible ou dangereux. Que faire alors ?

Depuis le XVII^e siècle, on avait parlé d'abaisser un pied, sinon les deux, et d'extraire le fœtus, mais on avait aussi reconnu que ce n'était pas toujours sans danger ; M^{me} Lachapelle écrivait : « Vouloir extraire les pieds quand les « hanches ont franchi le détroit supérieur, c'est vouloir « renouveler les accidents arrivés à Peu et à Mauriceau : « tous deux fracturèrent la cuisse sur laquelle s'étaient « dirigés leurs premiers efforts ». Guidée par sa grande expérience, elle insiste sur la nécessité de laisser faire la nature et de ne considérer l'abaissement du pied que comme un pis-aller.

C'est sans doute pour éviter ces difficultés et ces accidents, qu'Ahlfeld, en 1872, conseillait le premier l'abaissement prophylactique du pied.

Spiegelberg et Mangiagalli, vers 1878, acceptent la théorie d'Ahlfeld, en précisant des indications d'extraction du fœtus en présentation du siège décomplété mode des fesses. Ce sont la procidence du cordon, le bassin généralement rétréci, la rigidité des parties molles ; à cette même époque, Otto Küstner objectait que cette manœuvre prophylactique était souvent suivie de mauvaises contractions utérines, de procidence du cordon et d'accélération des bruits du cœur fœtal, indiquant une souffrance de l'enfant.

Dès lors, cette question du pronostic et du traitement des présentations du siège décomplété mode des fesses semble redoubler d'attraits ; dans ces vingt dernières années, elle a fait le sujet d'une dizaine de thèses, sans compter les nombreux articles écrits à ce propos dans les revues obstétricales.

Après Olivier, en 1882, Mantel et Potocki, en 1889, et Delaunoy, en 1890, trouvent avantageux d'abaisser le pied antérieur avant l'engagement et d'attendre, de laisser faire la nature. Pour suivre ces indications, il faudrait donc intervenir pendant la grossesse, puisque l'engagement du siège décomplété se fait le plus souvent pendant le huitième mois, sinon plutôt. En 1891, Potocki ajoute que, si le siège est engagé, on doit faire l'abaissement curatif du pied ; à cela Bonnaire (1) répond que l'abaissement prophylactique est seul toujours possible, car la longueur fémorale dépasse quelquefois les diamètres du bassin : de la région rétrofessière à la rotule, il constate une longueur moyenne de 11 cent. 3 à 12 cent. 8 pour les

(1) Thèse Bloc.

enfants de 2 à 4 kilos : de là, des procidences du cordon et des décollements épiphysaires. Il est regrettable qu'Olivier, dans sa thèse, ne nous ait pas laissé de chiffres, témoignant d'une façon précise l'opinion qu'il nous donne au sujet de la fréquence des interventions dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses : c'est, à son avis, dans ce cas que les accouchements donnent le plus souvent lieu à une extraction artificielle. Bloc estime que le nombre des cas où l'intervention est nécessaire (7/165) est trop minime pour que l'on prenne comme ligne de conduite systématique, l'abaissement prophylactique du pied, d'autant plus que 4 fois sur 7, on a dû extraire le siège artificiellement dans l'intérêt de l'enfant. M^{me} Gaus-sel-Ziegelmann (1) est du même avis, et a constaté que, 6 fois sur 11, l'abaissement du pied a été suivi d'une extraction artificielle. Or, depuis longtemps, M^{me} Lachapelle avait dit : « l'accoucheur doit se garder de céder à « l'impatience qu'on éprouve souvent en pareil cas, et « résister à la tentation d'agir qu'excite naturellement la « facilité apparente offerte par la disposition des parties « molles du fœtus. Il doit avec ménagement et lenteur recevoir et diriger le fœtus expulsé par l'utérus plutôt que « l'extraire (2). » Les tractions en effet amènent souvent la déflexion de la tête fœtale et la contraction de l'anneau de Bandl autour du cou : de là, difficulté d'extraction de la tête dernière, et danger d'asphyxie pour l'enfant.

D'autre part, la dilatation sera-t-elle aussi régulière et aussi complète que lorsqu'on laisse faire la nature ? En résumé, faut-il, comme le conseille Delaunoy, abaisser

(1) *L'Obstétrique*, mars 1907, p. 142.

(2) Farabeuf et Varnier, p. 141.

un pied et laisser faire, ou, suivant les indications de Bloc, n'intervenir d'une manière curative que si l'utérus est épuisé, et exercer des tractions au moyen des lacs et du forceps ?

La réponse, MM. Lepage, Potocki et Pinard la donnent pendant la séance du 10 juillet 1905 de la Société d'obstétrique de Paris (1) : M. Lepage publie une première observation, *in extenso*, dont la lecture montre que même lorsqu'on intervient très tard, on peut terminer l'accouchement par l'abaissement du pied ; cette manœuvre peut exiger une certaine dose de persévérance et de patience, même lorsqu'on l'emploie en temps utile, comme le prouve la seconde observation qu'il publie. M. Lepage voudrait persuader les quelques maîtres, dans l'esprit desquels persiste encore un doute, de la possibilité de toujours terminer l'extraction du siège en se servant seulement de la main : « s'il y a doute, ajoute-t-il, l'opérateur hésite, il renonce à employer la main, pour recourir au forceps ; l'instrument dérape ; l'opérateur s'exagère les difficultés de la manœuvre de Pinard ; il y renonce, alors qu'un peu de persévérance lui eût permis de terminer l'accouchement et d'extraire un foetus vivant. »

M. Puech (2), décrit tout au long la manœuvre de Mantel-Pinard, et dit qu'elle peut échouer en cas d'engagement profond des fesses ; il indique les tractions inguinales comme « un procédé simple en même temps que

(1) Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, 7^e fascicule, 1905, juillet.

(2) *La pratique de l'Art des Accouchements* (1907), P. Bar, etc., p. 295 et suiv. ; p. 304 et suiv.

« susceptible d'entraîner le siège au dehors avec le moins
« de risques possible », mais il ajoute que malheureusement, lorsque le siège est élevé, elles sont difficiles. Il écrit encore que dans ce cas, après échec de la manœuvre de Pinard, on pourrait essayer l'accouchement bi-digital de l'aine antérieure, préconisé par lui dans la thèse de Vailhé (Montpellier).

Il indique encore comme procédés manuels, la manœuvre de Ritgen et la manœuvre bi-rectale de Bitot, mais pour les rejeter.

Dans le précis de Ribemont-Dessaignes et Lepage, nous trouvons un paragraphe qui résume ce premier chapitre de notre thèse : « l'abaissement prophylactique
« est destiné à prévenir les difficultés que l'on rencontre
« parfois pour extraire le siège mode des fesses, qui four-
« nit une prise défectueuse au forceps, fragile aux lacs,
« et si souvent inaccessible aux doigts pour les tractions
« inguinales. Grâce à la déflexion d'un membre inférieur
« on pourra tirer avec force et sans danger, si l'indica-
« tion s'en présente.

« En ayant recours au manuel opératoire préconisé par
« le professeur Pinard, on peut abaisser un pied quel que
« soit le degré d'engagement du siège.

« Jamais on n'interviendra pendant la période de
« dilatation ; le temps d'élection est le moment qui suit
« la rupture des membranes à la dilatation complète. On
« abaissera de préférence le pied antérieur.

« Si la déflexion d'un membre inférieur a été pratiquée
« dans un but prophylactique on abandonnera l'accouche-
« ment à lui-même à moins d'indication contraire.

RÉSULTATS

DE

NOTRE STATISTIQUE PERSONNELLE

Porak fait remarquer avec raison que le pronostic pour l'enfant varie suivant le mode d'intervention, suivant la primiparité ou la multiparité, suivant le mode de présentation ou de position, suivant le volume et le poids des enfants; il aurait pu ajouter : suivant la cause de cette présentation du siège et l'habileté de l'opérateur.

Quant au pronostic pour la mère, au point de vue de la mortalité, peu d'auteurs en ont parlé; von Hecker, avons-nous dit, donne un chiffre : 2,07 %; il fait remarquer que cette élévation de la mortalité est due au grand nombre d'interventions, c'est-à-dire à l'infection.

A la clinique obstétricale de Lyon, nous avons relevé, de l'année 1895 à l'année 1908 inclusivement, environ 16,000 accouchements, soit près de 1,150 par an en moyenne; parmi ces 16,000 observations, nous en avons trouvé 150 en présentation du siège décomplété mode des fesses; on peut considérer que la fréquence de ces accouchements, à la clinique du moins, est de 1 %, sans tenir compte des prématurés et des macérés.

La mortalité est nulle pour la mère; nous avons relevé cinq cas d'infection légère, d'une durée maximum de huit

jours, consécutive à des accouchements non spontanés, et deux autres cas d'infection, l'un après un accouchement spontané, l'autre s'étant déclaré cinq jours après l'accouchement, sans prodromes.

Quarante-trois fois, après des accouchements spontanés ou non, on constata des déchirures du périnée ; plusieurs jusqu'au sphincter anal, deux complètes avec éclatement de la paroi vaginale ; une seule donna lieu à une hémorrhagie artérielle, qui fut vite arrêtée par la suture du périnée.

Parmi les 150 observations de sièges décomplétés mode des fesses, relevées sur les registres de la clinique, nous n'en étudierons que 120 : vingt-deux sont trop incomplètes ou n'ont pu être trouvées ; dans les huit autres cas, l'enfant était prématuré et pesait moins de 1,800 grammes.

Cependant, comme les cas de mort sont tous inscrits sur les registres, nous pouvons établir notre statistique de mortalité sur 150 observations : nous avons relaté onze décès ; mais huit seulement sont imputables à la présentation du siège, six chez les primipares, deux chez les multipares ; parmi les trois autres, en effet, l'un est dû à une tumeur vasculaire de la pie-mère, saillant par la fontanelle postérieure (ob. IV) ; le second à une méningocèle chez un enfant atteint de malformations (ob. V) ; le troisième à une longueur et une difficulté d'extraction (fracture de l'occipital) dues à un rétrécissement du bassin maternel (ob. I).

La proportion des décès imputables à la présentation du siège décomplété mode des fesses est donc de 5,33 %.

Le poids moyen des enfants est de 2,860 grammes ; trois

ont dépassé 4,000; 4 seulement entre 1,800 et 2,000; dans un tiers des cas, les enfants pèsent plus de 3 kilos; dans les deux tiers, ils sont à terme.

Assez fréquemment, la dilatation du col est longue, mais en moyenne, sa durée ne dépasse pas quinze heures; pour les primipares, nous avons trouvé 13 h. 25', et pour les multipares, 15 h. 30', ce qui peut paraître au lecteur, si non paradoxal, au moins extraordinaire.

Nous croyons pouvoir expliquer ces résultats par les faits suivants : il est classique de croire, et notre statistique confirme cette croyance, que lorsqu'on a affaire à une multipare, l'accouchement est plus facile et l'intervention moins fréquente; on a donc plus de tendance à patienter en ce cas, et cela aussi bien en clientèle qu'à la clinique; aussi, n'est-il pas rare de voir arriver à la maternité des multipares, en travail depuis longtemps, parce que la sage-femme leur a fait prendre patience, et l'on se trompe facilement sur la durée de la dilatation. On n'attend pas aussi longtemps lorsqu'il s'agit d'un siège chez les primipares, et comme on intervient souvent, on écourte par ce fait même la durée du travail, en complétant la dilatation artificiellement. Ajoutons qu'il est plus fréquent de trouver chez les primipares les longues durées de dilatation, qui dépassent 20 heures; chez l'une d'elles, la dilatation a duré 47 heures.

Sept fois, la dilatation était incomplète au moment des premières douleurs expulsives; on dut la compléter artificiellement dans plusieurs cas.

Le cordon est assez court, relativement; sa brièveté est d'ailleurs donnée comme cause de présentation du siège. Mais dans un cinquième des observations, nous avons

relevé qu'il faisait un ou plusieurs circulaires autour du cou; quelquefois, il était en écharpe autour du tronc; parfois le fœtus était à cheval sur lui; une fois, nous avons noté un nœud du cordon et trois circulaires autour du cou (ob. X, du 30 avril 1905; mort de l'enfant).

Le plus souvent, le cordon est entre les jambes relevées le long du tronc, et lorsque l'on intervient en abaissant un pied on est fort exposé à frôler cet organe si délicat et si important; on détermine, en conséquence, des manifestations de troubles circulatoires fœtaux qui aboutissent quelquefois prématurément au réflexe respiratoire.

Dans 40 % des cas (48 sur 120), l'intervention a été reconnue nécessaire: sept fois, on pratiqua l'abaissement prophylactique du pied antérieur; six fois sur sept, on fut obligé de terminer rapidement l'accouchement dans l'intérêt de l'enfant. Il est plus difficile de savoir si l'abaissement thérapeutique du pied a les mêmes inconvénients, car on n'intervient que si l'enfant souffre déjà; mais cela est probable, car il est presque impossible d'aller faire la manœuvre de Pinard, pendant le travail, sans comprimer le cordon, et surtout lorsque celui-ci, comme nous l'avons lu dans les observations de la clinique, fait un circulaire autour de la cuisse: en ce cas, il est tirailé pendant la manœuvre d'extraction (Obs. XXVI).

Dans les trois cinquièmes des observations (27 sur 48), on note que l'abaissement du pied n'a pas été pratiqué; dans plusieurs cas, la manœuvre de Pinard n'a pas réussi; parfois on a pu aller chercher le pied pour l'abaisser; trois fois, les tractions inguinales, après tentatives infructueuses d'abaissement du pied, ont permis d'extraire un

enfant vivant. Une seule fois enfin, le siège étant élevé, on a renoncé immédiatement aux tractions inguinales pour tenter une manœuvre de Pinard, qui a réussi. Mais jamais, sous la direction de M. le Professeur Fabre, pas plus que du temps de Fochier, on ne s'est servi de lacs, de crochet ou de forceps.

La proportion des interventions est plus élevée chez les primipares (46,66 %) que chez les multipares (29 %); sur les 48 interventions, dix fois on eut affaire à des bassins rétrécis; dans cinq autres cas, il y avait disproportion entre le volume de l'enfant et le bassin de la mère; deux fois, la tête fut difficile à extraire par suite de la rétraction de l'anneau de Bandl; ce sont les deux seuls cas où cette particularité ait été notée dans les observations, mais nous avons remarqué que, rarement, la manœuvre de Mauriceau ait présenté de grosses difficultés, lorsque le fœtus avait été extrait par tractions inguinales, ou que le tronc avait été expulsé spontanément; au contraire, après l'abaissement d'un ou de deux pieds, prophylactique ou curatif, on est souvent obligé de combiner les manœuvres de Champetier de Ribes et de Mauriceau, pour extraire la tête dernière.

Remarquons encore que trois fois sur 23, l'abaissement du pied a eu des conséquences ennuyeuses; dans les accouchements du 11 juillet 1899 et du 19 juillet 1904, il fut suivi de fracture du fémur (1); dans celle du 28 août 1905

(1) Les deux fractures du fémur sont indiquées sur les registres de la clinique en même temps que le nom des parturientes, leur date d'entrée et la présentation. Nous n'avons pu trouver ces deux observations qui ne figurent pas dans celles que nous publions. De là ce nombre 23 au lieu de 21 (7 proph. + 14 cur.)

(obs. XVII), on nota une laxité anormale du genou, dans le sens latéral, sans épanchement.

Nous avons essayé de mettre en évidence les principaux résultats de nos observations dans le tableau suivant :

Tableau résumant les résultats
de notre statistique

		PRIMIPARES		MULTIPARES		
			p. 100		p. 100	
Nombre d'observations		120	75	62.5	43	37.5
Acc ^{ts} spontanés {	absolus . . .	72	27	36	16	35.4
	av. Mauriceau . . .		19	25.3	10	22.3
Non spontanés		48	35	46.6	13	28.8
(1) Durée de la {	en moyenne	13 ^h 23'	15 ^h 30'			
	dilatation { maxima		47 h.	44 h.		
Durée moyenne de l'expulsion . . .		1 h. 4'	37'			
Grossesses à terme		46	61.3	34	75.5	
			PRIMI P.	MULTIP.	TOTAUX	
Interventions {	Abaissement prophylactique		4	3	7	
	Abaissement curatif		9	5	14	
	Tractions inguinales		16	4	20	
	Le siège étant dégagé		6	1	7	
Morts imputables à la présentation			6	2	8	

Accidents consécutifs aux interventions. — Souffrance de l'enfant six fois sur sept, après abaissement prophylactique du pied; deux fractures de fémur et une laxité du genou consécutives à l'abaissement du pied. Onze décès dont deux malformés porteurs de tumeurs, et un avec fracture de l'occipital après extraction à travers un bassin rétréci.

(1) Voir à ce propos l'explication donnée page 24.

L'étude de ce tableau montre que, dans nos conclusions, nous aurons des points communs avec les auteurs ; c'est ainsi que la grossesse n'arrive à terme que dans les deux tiers des cas ; la présentation des fesses est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares, et la durée du travail est plus longue et plus pénible que dans les présentations du sommet.

Vous prions d'ailleurs le lecteur de se reporter à l'article de Ribemont-Dessaignes et Lepage, que nous avons écrit à la fin de notre chapitre d'histoire ; nous ajouterons pourtant que, dans quelques cas, rares il est vrai, l'abaissement curatif a été tenté en vain, alors que les tractions inguinales ont permis d'extraire un enfant vivant, et ce procédé demande autant de patience et plus d'énergie que le précédent.

L'abaissement prophylactique ne serait donc pas toujours d'une nécessité évidente ; nous avons vu, d'autre part, que trois fois la manœuvre de Pinard a causé des lésions du membre inférieur abaissé : il peut donc être nuisible. Nous croyons d'ailleurs, que lorsqu'il a été pratiqué, on doit abandonner l'accouchement à lui-même, à moins d'indications contraires ; mais (nous ne sommes pas le seul à le constater) ces indications sont très fréquentes ; Bloc trouvait que quatre fois sur sept, et M^{me} Gaussel-Ziegelmann, six fois sur onze, l'abaissement prophylactique était suivi d'une extraction rapide, rendue nécessaire par la souffrance de l'enfant ; nous trouvons que la proportion s'élève à 6 pour 7. D'un avis unanime, les auteurs enseignent que l'extraction rapide favorise le relèvement des bras et la déflexion de la tête. Pareil fait se présente bien plus rarement au cours des tractions

inguinales, dont la difficulté oblige l'accoucheur à procéder lentement, sans risquer de contribuer à la souffrance de l'enfant par une compression du cordon.

Quoi qu'il en soit et malgré le nombre relativement considérable de cas où l'intervention a été reconnue nécessaire (40 %), notre chiffre de mortalité est de beaucoup inférieur à ceux des statistiques précédentes.

OBSERVATIONS

Nous publions ici les observations des accouchements au cours desquels on dût intervenir, et toutes celles où l'on mentionna le décès de l'enfant.

Après chacun des groupes d'observations, nous avons résumé en quelques mots les particularités qui nous ont frappé et que nous avons mises en évidence dans le chapitre précédent.

A. — Accouchements suivis de mort de l'enfant

OBSERVATION I

Multipare, 31 ans ; accouchement provoqué à huit mois le 27 novembre 1899. Bassin rétréci. Accouchée antérieurement au forceps. Cinq heures de dilatation ; expulsion spontanée et rapide du tronc ; anse au cordon.

Extraction de la tête dernière par les manœuvres de Champetier et de Mauriceau combinées. Enfant de 2,730 grammes. Fracture de l'occipital. Survie de 27 heures.

OBSERVATION II

Primipare, 33 ans, à terme. accouchée le 22 décembre 1900. Durée de la dilatation : 6 h. 40 ; expulsion en 15 minutes ; dégagement spontané du siège décomplété ; abaissement laborieux des deux bras ; tête retenue par la contraction de l'anneau de Bandl ; on l'extrait difficilement par un Mauriceau.

Enfant de 2,785 grammes, mort pendant le travail.

OBSERVATION III

Primipare, 26 ans, grossesse de huit mois ; accouchée le 25 avril 1902. Dilatation incomplète. A cause de la contraction de l'anneau de Bandl, la manœuvre de Pinard ne réussit pas ; on va chercher le pied et on l'abaisse. Tractions sur le pied abaissé ; dégagement du tronc et des bras ; dégagement de la tête par la manœuvre de Mauriceau.

On n'a de difficultés qu'au moment du passage des épaules et de la tête dans le vagin, car sa paroi est inextensible (vaginité granuleuse). Au moment de l'extraction de la tête, on a une sensation de craquement ; la muqueuse vaginale a cédé : hémorragie, sutures.

L'enfant (2,570 gr.), n'a pu être ranimé. Le cordon, court (36 c/m.) est inséré sur le bord du placenta.

OBSERVATION IV

Primipare, accouchée à terme, le 12 juin 1904. Durée de la dilatation : 8 h. 30 ; expulsion spontanée du tronc en une heure.

Extraction de la tête, par un Mauriceau, assez difficile.

L'enfant (2,600 gr.), semble vigoureux et crie ; mais il a, au niveau de la fontanelle postérieure, une tumeur vasculaire de la pie-mère. Le membre inférieur droit est anormal ; pas d'articulation de la hanche, cuisse courte, pied énorme. (6 orteils).

L'enfant a vécu trois jours. Nécropsie confirmative.

OBSERVATION V

B., accouchée au mois de juin 1904. Présentation SIGA, décomplété mode des fesses. Pas d'observation.

Enfant mort : méningocèle.

Malformations : (six doigts à chaque membre).

OBSERVATION VI

Primipare, 28 ans, accouchée à terme le 17 juillet 1904, à midi.

Observation très incomplète.

Enfant de 4,160 grammes, mort-né.

Déchirure du périnée, sutures.

Bonnes suites de couches.

OBSERVATION VII

Primipare, 25 ans, accouchée le 17 juillet 1904, à 8 h. du matin.

Grossesse à terme. Dilatation : 8 h. Expulsion spontanée en une heure d'un enfant pesant 3,580 grammes.

Mort-né.

Infection de la mère pendant dix jours ; injections intra-utérines de permanganate de K ; abcès du sein. Partie en bonne santé.

OBSERVATION VIII

Primipare, accouchée le 22 août 1904 d'un enfant qui a vécu neuf heures.

Mère partie en bonne santé.

OBSERVATION IX

Primipare, 17 ans, accouchée à terme le 12 octobre 1904.

Durée de la dilatation : 8 heures. Expulsion : 1 heure.

Expulsion spontanée du tronc jusqu'aux creux poplités ; dégagement sans tractions des deux membres inférieurs ; les battements du cordon disparaissent. L'abaissement du bras antérieur est difficile parce qu'il est relevé derrière la nuque. La tête est extraite par un Mauriceau simple et rapide, suivi d'une petite déchirure périnéale.

L'enfant meurt dans la journée du lendemain. Il pesait 3,090 gr.

Suites normales.

OBSERVATION X

Multipare, 36 ans, accouchée le 20 avril 1905. L'époque des dernières règles n'a pu être précisée. L'expulsion, spontanée, a duré 30 minutes.

L'enfant (2,100 gr.), est venu au monde en état d'asphyxie blanche ; le cordon faisait un nœud et trois circulaires serrés autour du cou. L'enfant n'a pu être ranimé.

OBSERVATION XI

Multipare, 36 ans, accouchée à huit mois, le 26 mai 1906.

Le travail (44 heures), avait débuté le 24 à 3 h. du soir ; le 26, à 10 h. 30 du matin, M. le Professeur abaisse le pied antérieur (gauche) ; on reporte la parturiente dans son lit ; dix minutes après commencent les douleurs expulsives. Le cœur fœtal bat à 180. Le tronc progresse ; on fait de légères tractions ; le cœur fœtal ne bat plus qu'à 130. On abaisse le bras postérieur facilement ; l'antérieur est relevé derrière la nuque.

Le siège était en SIGA. La tête tourne en OID, on l'extrait par un Mauriceau et un Champetier combinés : les tractions durent huit minutes.

Pendant 20 minutes, on tente la respiration artificielle en vain.

Le bassin était aplati : diam. promonto sous-pubien 10 c/m. 5.

En résumé, sur ces onze décès, deux sont imputables à un rétrécissement du bassin de la mère (obs. I et XI) ; deux autres à des malformations fœtales (obs. IV et V) ; dans les observations II et III nous remarquons que la tête dernière est retenue, soit par la contraction de l'anneau de Bandl, soit par le défaut de laxité des parois vaginales. Dans les cinq autres cas, la mort a eu pour causes vraisemblables des troubles de circulation fœtale, dus à la compression du cordon, pendant l'abaissement du pied (obs. IX) ou à un nœud du cordon.

B — Observations au cours desquelles on est intervenu par l'abaissement prophylactique du pied

OBSERVATION XII

Multipare, 22 ans, accouchée à terme, le 14 avril 1900. Présentation en SIDP.

Dilatation complète, dix heures après les premières douleurs. On,

réussit par la manœuvre de Pinard, l'abaissement du pied. La manœuvre détermine des contractions utérines; expulsion du siège assez rapide; on fait l'anse au cordon; on dégage les bras, et on extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau.

L'enfant est vigoureux et pèse 2,925 grammes.

Pendant quelques jours, la température de la mère oscille aux environs de 39°.

OBSERVATION XIII

Multipare, 30 ans, accouchée le 16 septembre 1900.

Les dernières règles seraient du commencement d'avril. Cependant la hauteur de l'utérus et la grosseur de l'enfant font penser à une grossesse à terme. Présentation en SIG.

A 11 h. 1/2, on abaisse le pied droit (postérieur); à 1 h. 1/4, les bruits du cœur sont accélérés; on complète la dilatation du col, manuellement, et on abaisse l'autre pied, qui se présentait à l'orifice utérin. On exerce de légères tractions; on abaisse les bras et on termine par un Mauriceau rapide.

L'enfant est étonné, il pèse 2,885 grammes. Délivrance spontanée, bonnes suites de couches.

OBSERVATION XIV

Primipare de 31 ans, accouchée à terme le 1^{er} novembre 1900.

Durée de la dilatation, quatorze heures.

On abaisse le pied aussitôt la poche rompue. L'expulsion du tronc est spontanée; la tête sort rapidement par suite de contractions utérines et abdominales énergiques.

Déchirure périnéale de 2 centimètres; trois points profonds et deux superficiels.

L'enfant pèse 3,710 grammes. Suites normales.

OBSERVATION XV

Primipare, 21 ans, accouchée le 22 novembre 1900, à terme. Présentation en SIDA. La dilatation est complète et a duré 19 heures.

On abaisse le pied antérieur, par la manœuvre de Pinard, et on attend.

Le siège sort lentement ; on exerce de légères tractions parce que le cordon bat faiblement ; on fait une anse et les battements réapparaissent ; l'abaissement des bras est simple. On extrait la tête par un Mauriceau combiné à la manœuvre de Champetier de Ribes, et l'on constate une déchirure du périnée que l'on suture par un point profond et deux superficiels.

L'enfant pèse 3,340 grammes, les pariétaux chevauchent sur l'occipal. Suites normales.

OBSERVATION XVI

Primipare, 20 ans, accouchée le 20 mars 1905 à terme. Abaissement prophylactique du pied antérieur, la présentation étant en SIG.

Expulsion du tronc ; souffrance de l'enfant ; on termine rapidement l'accouchement. L'enfant, très peu cyanosé, est vigoureux et pèse 3,170 grammes.

Bonnes suites de couches.

OBSERVATION XVII

Primipare, 21 ans, accouchée à terme le 28 août 1905,

Le col est dilaté complètement, dix-huit heures après les premières douleurs.

Présentation en SID.

On tente d'abaisser le pied antérieur, qui est le droit, sans y parvenir.

On abaisse le pied gauche, sans grandes difficultés.

Sous l'influence des contractions utérines, la présentation tourne, et le dos se trouve alors à gauche ; le pied abaissé devient le pied antérieur.

L'expulsion, lente, dure six heures.

L'enfant, vigoureux, pèse 3,600 grammes. Il présente une laxité articulaire du genou gauche, sans épanchement. On le met en gouttière.

La septième observation a été donnée (obs. XI), parmi celles du premier groupe, l'enfant n'ayant pu être ranimé.

Une seule fois sur sept (obs. XIV), l'abaissement prophylactique a été suivi d'une expulsion spontanée, mais nous avons noté une déchirure assez étendue du périnée. Une autre fois (obs. XII), l'accouchement fut suivi d'infection ; dans l'observation XVII, on eut à constater de la laxité du genou de la jambe que l'on avait abaissée ; enfin, on note le plus souvent une souffrance de l'enfant, que le cordon ne batte plus, ou que les bruits du cœur fœtal soient accélérés.

OBSERVATION XVIII

Multipare, 30 ans, accouchée le 6 mars 1895, à terme. L'expulsion se faisant très lentement, on abaisse le pied antérieur par la manœuvre de Pinard. Extraction difficile de la tête.

Déchirure complète. Périnéoraphie.

L'enfant pèse 3,050 grammes ; il n'est pas très vigoureux, on le met en nourrice.

La mère sort vingt jours après en bon état.

OBSERVATION XIX

Primipare, 19 ans, accouchée à 8 mois et 1/2, le 24 juin 1895.

Présentation en S I G A.

Dilatation incomplète, dix-huit heures après les premières douleurs. Albumine dans les urines, rachialgie et céphalalgie. On donne du chloral, mais les douleurs faiblissent et la parturiente ne peut résister au sommeil.

On intervient alors par une dilatation manuelle du périnée et du col ; manœuvre de Pinard.

On constate un ralentissement marqué des bruits du cœur fœtal ; on exerce quelques tractions ; la dilatation n'étant pas complète, les bras se relèvent : on les abaisse par la manœuvre de Pajot. On termine l'extraction par un Mauriceau, qui est suivi d'une déchirure du périnée ; on suture. L'expulsion a duré trois heures.

L'enfant naît en état de mort apparente ; on le ranime bientôt.
pèse 2,410 grammes.

Les suites de couches sont bonnes.

On met l'enfant en nourrice le 3 juillet.

OBSERVATION XX

Multipare, 28 ans, accouchée à huit mois, le 27 mars 1896. Présentation en SIG P.

Durée de la dilatation: huit heures; expulsion: 20 minutes. L'enfant ne progresse pas sensiblement ; on abaisse le pied droit, puis le pied gauche. L'expulsion s'accélère ; on abaisse les bras.

On extrait la tête par un Mauriceau, et on constate une déchirure du périnée que l'on suture par deux points interstitiels et trois cutanés.

L'enfant est assez vigoureux, il pèse 2,650 grammes. On le met en nourrice.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXI

Multipare, 36 ans, accouchée à terme, le 6 août 1898. Dilatation complète cinq heures après les premières douleurs. Présentation en SIDP. On abaisse le pied antérieur sous anesthésie ; on n'exerce pas de tractions ; l'expulsion du tronc et des épaules se fait spontanément.

On termine par un Mauriceau.

L'enfant est vigoureux et pèse 2,930 grammes.

OBSERVATION XXII

Primipare de 40 ans, accouchée à terme, le 17 janvier 1900. Présentation en SIDT.

Durée de la dilatation: douze heures. Expulsion en 5 minutes.

On exerce quelques tractions inguinales pour aider à la progression ; le siège est élevé et les tractions pénibles et peu commodes ; l'interne, appelé, fait une manœuvre de Pinard, qui réussit facile-

ment, On fait l'anse au cordon et un Mauriceau. Déchirure du vagin et du périnée; sutures.

Bonnes suites de couches.

Enfant vigoureux, de 3 kil. 910.

OBSERVATION XXIII

Primipare, 27 ans, accouchée à terme, le 25 août 1900.

Durée de la dilatation quarante-deux heures.

Bassin aplati et généralement rétréci; promontoire accessible, faux promontoire à 10 c. 5.

Sous anesthésie, on abaisse le pied.

L'expulsion dure une heure; on la termine par un Mauriceau combiné à la manœuvre de Champetier de Ribes.

Déchirure périnéale; légère hémorragie de la délivrance, celle-ci faite artificiellement.

L'enfant pesait 2600 grammes et présentait un ictère qui persista quelques jours; puis il reprit du poids et sortit en bonne santé, ainsi que sa mère.

OBSERVATION XXIV

Multipare de 44 ans, accouchée à terme le 13 novembre 1902.

Dystocie causée par un léger rétrécissement du bassin et un excès de volume et d'ossification de la tête fœtale.

Durée de la dilatation, dix heures.

La manœuvre de Pinard étant infructueuse, on va chercher le pied gauche que l'on abaisse. On exerce quelques tractions, le fœtus tourne et la hanche gauche vient se fixer sous le pubis. L'expulsion du tronc se fait spontanément; anse au cordon; manœuvre de Pajot pour abaisser les bras; on extrait la tête par un Champetier et un Mauriceau combinés.

L'enfant, vigoureux, pèse 3680 grammes.

OBSERVATION XXV

Primipare, 21 ans, accouchée à terme le 4 juin 1903.

Présentation en S I G A.

On aide au dégagement par l'abaissement du pied et des bras; on extrait la tête par un Mauriceau.

On suture par trois points une petite déchirure périnéale.

L'enfant pèse 3900 grammes ; il est vigoureux.

Les suites de couches sont bonnes.

OBSERVATION XXVI

Secondipare 27 ans, accouchée à terme le 15 juillet 1904.

Présentation en S I D.

Dilatation incomplète après onze heures de travail.

Le pied gauche est procident ; le pied droit, relevé totalement, est abaissé et l'on exerce quelques tractions sur les membres inférieurs. Le cordon a été tirillé ; on fait une anse ; les bras, défléchis, sont abaissés. On extrait la tête par un Mauriceau et un Champetier combinés.

Pas de déchirure.

L'enfant est étonné ; on le ranime rapidement.

Il pèse 3030 grammes.

OBSERVATION XXVII

Primipare, 38 ans, accouchée à terme vers le 30 août 1904.

Le moment où ont commencé les douleurs n'a pu être précisé.

L'expulsion est terminée trente minutes après l'abaissement thérapeutique du pied.

On a été obligé d'intervenir pour abaisser les bras, par une manœuvre de Pajot, difficile.

L'enfant, venu au monde en présentation des fesses, présente une infiltration œdémateuse du bras.

On constate une légère déchirure du périnée, que l'on suture.

OBSERVATION XXVIII

Primipare, 25 ans, accouchée le 6 octobre 1906, à terme,

Durée de la dilatation, onze heures.

Durée de l'expulsion, une heure

Le siège étant descendu presque jusqu'au plancher périnéal et ne progressant plus, on abaisse les membres inférieurs par la manœuvre de Pinard.

On termine l'accouchement par le dégagement des bras et un Mauriceau.

Déchirure du périnée et sutures.

L'enfant est vigoureux et pèse 3330 grammes.

La température de la mère oscille autour de 39° pendant quelques jours ; elle tombe bientôt définitivement.

OBSERVATION XXIX

Primipare, 19 ans, accouchée à terme le 23 septembre 1907.

Présentation en S I G.

Durée de la dilatation, seize heures.

Durée de l'expulsion, une heure et demie,

Abaissement curatif du pied gauche.

Déchirure du périnée ; sutures.

L'enfant vigoureux pèse 2760 grammes.

Bonnes suites de couches.

Au total, quatorze observations (obs. III et IX, dans le premier groupe d'observ.) d'accouchements avec abaissement thérapeutique du pied.

Deux fois (obs. III et XXIV), la manœuvre de Pinard n'a pas réussi, et dans plusieurs observations, on n'a pas indiqué par quelle manœuvre on avait pu abaisser les membres inférieurs ; dans ces deux cas, au moins, on dut aller chercher le pied du fœtus au fond de l'utérus pour l'abaisser.

Onze fois sur quatorze, on eut à constater une déchirure du périnée ; dans les trois autres cas, il s'agissait de multiples.

Deux fois, comme nous l'avons signalé dans les résultats de notre statistique, on eut à déplorer des fractures du fémur au cours de l'abaissement du pied ; les opérateurs (la sœur mère et le chef de clinique) nous ont confirmé la véracité de ces renseignements, mais sans pouvoir préciser les détails de ces observations que nous n'avons pu trouver.

Vingt observations d'accouchements
avec traction inguinale

OBSERVATION XXX

Primipare, 22 ans, accouchée à terme le 4 décembre 1895.

Durée de la dilatation, quinze heures quarante-cinq minutes ; de l'expulsion, une heure.

Extraction manuelle parce que les contractions utérines sont ralenties et amoindries.

Tractions inguinales oscillantes.

Anse au cordon ; dégagement des épaules et des bras ; extraction de la tête par un Mauriceau.

L'enfant pèse 2500 grammes ; il est vigoureux.

Suites de couches simples.

OBSERVATION XXXI

Primipare, 24 ans, accouchée à terme le 17 décembre 1895.

Durée de la dilatation, trente heures.

On est obligé d'intervenir car l'utérus s'épuise.

Tractions inguinales et digitales.

Anse au cordon. Dégagement des épaules et Mauriceau suivi de déchirure périnéale.

On suture par deux points profonds et trois superficiels.

L'enfant pèse 2900 grammes.

OBSERVATION XXXII

Primipare, 30 ans, accouchée à terme fin décembre 1895.

B.. Blanche, n° 679. Présentation en S I G A.

Durée de la dilatation, vingt heures.

La présentation, 1 h. 30' après les premières douleurs expulsives, ne progressant pas sensiblement, on exerce des tractions inguinales alternatives avec l'index : on fait glisser le cordon, dont un circulaire passe au-dessous des épaules et on abaisse les bras ; un second circulaire, autour du cou, assez lâche, est faci-

lement glissé en arrière de la tête pendant l'extraction de celle-ci par un Mauriceau : on constate une déchirure du périnée qui s'étend jusqu'au sphincter anal, mais peu profonde. On suture à deux plans.

Le cordon, quoique mesurant 76 centimètres, avait une brièveté relative assez considérable parce qu'il formait deux circulaires (tronc et cou).

L'enfant est très vigoureux et pèse 3530 grammes.

Bonnes suites de couches.

OBSERVATION XXXIII

Primipare, 30 ans, accouchée à huit mois, le 19 mars 1896.

Durée de la dilatation : cinq heures quarante-cinq minutes.

Après quelques douleurs expulsives, les bruits du cœur fœtal s'accélérent ; on fait quelques tractions inguinales ; le siège est expulsé ; on constate alors que *le cordon ne bat plus* ; on se hâte d'extraire l'enfant, on abaisse les bras qui se sont relevés, et l'on fait un Mauriceau rapide.

Eraillure du périnée.

L'enfant *n'est même pas étonné* : il crie et semble assez vigoureux ; son poids net est de 2150 grammes. On le met bientôt en nourrice.

Les suites de couches sont bonnes.

OBSERVATION XXXIV

Primipare, 23 ans, accouchée à terme le 25 avril 1896.

Présentation en S I G A.

Le début du travail est peu précis ; la parturiente souffre en effet depuis deux mois.

La dilatation est complète vers 1 h. 30 du soir ; à 1 h. 55, l'enfant ne progressant plus, on exerce quelques tractions inguinales oscillantes, et l'on constate que la contraction utérine suivante fait progresser la présentation ; on « laisse faire la nature » et l'expulsion se termine spontanément.

L'enfant, vigoureux, pèse 2840 grammes.

Suites de couches normales,

OBSERVATION XXXV

Primipare, 23 ans, accouchée à terme le 1^{er} juin 1896. Durée de la dilatation : onze heures.

Présentation en S I D A.

Après 40 minutes de douleurs expulsives, l'utérus s'épuise; on exerce quelques tractions inguinales; on fait l'anse au cordon, on dégage les bras et on termine par un Mauriceau.

On constate une déchirure périnéale peu étendue, et on suture.

L'enfant est vigoureux, il pèse 2,900 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXVI

Primipare, 19 ans, accouchée à terme le 4 décembre 1897. Durée de la dilatation : dix-neuf heures.

La présentation (en S I D P), progresse peu; l'enfant paraît gros, on exerce quelques tractions inguinales alternativement, sur la hanche droite et sur la gauche. On dégage les bras et on extrait la tête par un Mauriceau.

Légère déchirure périnéale; sutures.

L'enfant, vigoureux, pèse 3,050 grammes.

OBSERVATION XXXVII

Primipare, 20 ans, accouchée à huit mois, le 18 février 1898. Durée de la dilatation : quarante-deux heures.

Présentation en S I G A avec procidence du cordon et d'une main. La manœuvre de Pinard échoue; M. le Professeur agrégé Commandeur dégage le tronc en exerçant des tractions inguinales oscillantes; on fait une anse au cordon et on extrait la tête par un Mauriceau facile.

L'enfant, vigoureux, pèse 2,500 grammes.

On constate une insertion vélamenteuse du placenta.

OBSERVATION XXXVIII

Primipare, 29 ans, accouchée à terme le 5 février 1899. Durée de la dilatation : 12 h. 30 minutes.

On constate un point d'inertie partielle ; après une heure d'attente, on anesthésie la parturiente et on exerce des tractions inguinales sur le siège, élevé ; on fait l'anse au cordon et on termine par un Mauriceau.

L'enfant, vigoureux, pèse 3,280 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXIX

Primipare, 25 ans, accouchée à terme le 1^{er} avril 1899. Présentation en SIG A.

On constate une hémorragie suintante et on décide une extraction rapide.

On exerce des tractions inguinales, on abaisse les bras et on fait un Mauriceau.

Pas de déchirure ; l'enfant, vigoureux, pèse 2,340 grammes.

Bonnes suites de couches.

OBSERVATION XL

Multipare, 36 ans, accouchée à terme le 22 décembre 1899. La parturiente a eu auparavant un enfant mort pendant le travail ; *son bassin est aplati* ; le diamètre promonto-sous-pubien mesure onze centimètres.

Présentation en SIG T.

Durée de la dilatation : treize heures.

Anesthésie au chloroforme ; tractions inguinales pour le dégagement du tronc et des membres inférieurs relevés. On abaisse difficilement les bras et on combine les manœuvres de Champetier de Ribes et de Mauriceau pour extraire la tête dernière.

On constate une déchirure périnéale assez étendue, que l'on suture par trois points interstitiels.

L'enfant est gros, il pèse 3,370 grammes et les principaux dia-

mètres de la tête sont les suivants: l'occ. frontal, 11 c/m.; le sincip. ment. 13 c/m. 7; le bi-pariétal, 9 c/m. 6.

Bonnes suites de couches.

OBSERVATION XLI

Primipare, 20 ans, accouchée à terme le 22 mai 1900, de deux enfants vivants, en présentation du siège décomplété, mode des fesses.

La durée de la dilatation a été de vingt-deux heures.

Elle était complète à 4 h. 30 du matin.

Expulsion du premier, en SIDA, à 5 h. 50; on exerce quelques légères tractions inguinales, on abaisse les bras et on termine par un Mauriceau. Cet enfant pèse 1,850 grammes.

On rompt alors la seconde poche des eaux; dix heures après, expulsion presque spontanée du second enfant, qui pèse 1,575 grammes.

Délivrance spontanée à 5 minutes d'intervalle des deux placentas.

Déchirure périnéale. Sutures.

OBSERVATION XLII

Primipare, 23 ans, accouchée à terme le 9 août 1900. Durée de la dilatation: dix heures.

Expulsion presque spontanée du siège et du tronc, (légères tractions inguinales); abaissement assez difficile des bras, et dégagement de la tête par un Mauriceau.

Le bassin était généralement rétréci (P. s. p. = 10.5).

L'enfant est vigoureux et pèse 2,750 grammes.

Infection pendant quelques jours.

OBSERVATION XLIII

Multipare, 24 ans, accouchée à terme le 8 mars 1902. Présentation en SIDA.

Durée de la dilatation: treize heures.

L'expulsion progresse spontanément et rapidement; les membres formant attelles rigides, on aide par quelques tractions au dégagement du tronc; à ce moment se produit une rotation paradoxale

de la tête qui se place en O I G T et que l'on extrait par un Mauriceau.

L'enfant pèse 2,880 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XLIV

Primipare, 21 ans, accouchée à terme le 26 mai 1902. Durée de la dilatation : vingt-quatre heures.

Présentation en S I G P. ; Battements du cœur fœtal à 145 ; expulsion de méconium.

Le siège tourne sur son axe et le tronc s'incurve latéralement de telle sorte que l'anus de l'enfant est tourné vers le plafond. Les épaules se dégagent spontanément.

Le cordon forme deux circulaires autour du cou ; on les fait glisser et on extrait la tête par un Mauriceau.

L'enfant, peu cyanosé, crie rapidement ; il pèse 2,825 grammes.

OBSERVATION XLV

Primipare, 28 ans, accouchée à terme, le 21 septembre 1905. Durée de la dilatation : seize heures.

L'expulsion est très lente ; on essaie d'abaisser un pied, mais en vain ; on exerce alors de fortes tractions inguinales, oscillantes ; le tronc est extrait, on abaisse les bras et l'accouchement se termine bien.

L'enfant, vigoureux, pèse 2,700 grammes.

OBSERVATION XLVI

Multipare, 21 ans, accouchée à terme, le 1^{er} octobre 1906, d'un enfant pesant 2,230 grammes.

Durée de la dilatation : 3 h. 1/2.

L'expulsion, traînant en longueur, et les bruits du cœur étant un peu accélérés, on exerce quelques tractions inguinales pour extraire le siège et le tronc. Celui-ci subit un mouvement d'incurvation latérale, et l'accouchement se termine spontanément.

L'enfant est étonné.

Bonnes suites de couches.

OBSERVATION XLVII

Multipare, 24 ans, accouchée à huit mois, le 19 mars 1907. Présentation en S I G A ; durée de la dilatation : dix heures.

Le coccyx étant sous la symphyse et les jambes formant des atelles rigides, l'enfant ne progresse plus ; on exerce des tractions inguinales relevées ; le tronc s'incurve, le bras postérieur est abaissé, et l'accouchement terminé par un Mauriceau.

L'enfant naît étonné, mais il crie bientôt. Il pèse 2,580 grammes.

Bonnes suites de couches.

OBSERVATION XLVIII

Primipare, 23 ans, accouchée à terme, le 28 mars 1907, d'un enfant pesant 3,120 grammes.

Durée de la dilatation : six heures.

Après vingt minutes d'attente, le siège, à la vulve, ne progressant plus, on exerce quelques tractions inguinales ; on fait l'anse au cordon et on abaisse le bras antérieur, relevé.

Déchirure périnéale suturée par deux points profonds et quatre superficiels.

Garçon vigoureux. Bonnes suites de couches.

OBSERVATION XLIX

B. L., 17 ans, accouchée le 14 mars 1908, à terme.

A eu deux fausses couches. Albuminurie.

Présentation en S I G P.

Le chef de clinique pratique un toucher : il constate que la dilatation est complète, le siège fixé, non engagé. Il abaisse le pied gauche (antérieur) et exerce des tractions inguinales sur la hanche postérieure en prenant appui sur le bassin fœtal. Le tronc est dégagé. On fait une anse au cordon. On dégage les bras et l'accouchement se termine par un Mauriceau facile.

Petite hémorragie artérielle (150 gr.) due à une déchirure périnéale ; on suture.

Hémorragie de la délivrance, évaluée à 600 grammes.

On fait une injection de sérum à la parturiente.

L'enfant est vigoureux ; il pèse 4300 grammes et présente un chevauchement des deux pariétaux sur l'occipital.

Bonnes suites de couches.

NOTA. — Sur ces vingt cas, nous ne trouvons que huit déchirures périnéales, et chez des primipares (sauf une (obs. XL) où il s'agit d'une multipare à bassin aplati et d'un enfant de 3370 gr.) ; quatre fois sur huit d'ailleurs, l'enfant est volumineux ; il semble donc que les déchirures sont moins fréquentes qu'après abaissement du pied (onze sur quatorze).

Trois fois seulement, l'enfant naît étonné.

A noter un cas d'infection (obs. XLII. Bsssin rétréci).

**Observations au cours desquelles on dut intervenir, le
siège ayant été expulsé spontanément**

OBSERVATION L

Primipare, 18 ans, accouchée à terme le 10 avril 1902.

Durée de la dilatation, dix heures.

Dégagement spontané du siège, en S I G T.

Anse au cordon. Relèvement des bras.

L'enfant expulse son méconium.

On abaisse les bras et on termine l'accouchement par un Mauriceau.

Périnée court ; déchirure incomplète. Sutures.

Enfant vigoureux, pesant 3200 grammes.

OBSERVATION LI

Primipare, 24 ans, accouchée à huit mois, le 27 février 1903.

Présentation en S I G A.

Dilatation complète ; expulsion spontanée jusqu'à l'ombilic ; on fait une anse au cordon.

L'anus est dirigé vers le plafond ; une nouvelle contraction utérine met le dos à droite.

On dégage les bras, légèrement relevés, et on fait un Mauriceau.

L'enfant naît cyanosé, mais vigoureux.

Il pèse 1950 grammes.

OBSERVATION LII

Secondipare, 21 ans, accouchée à terme le 8 février 1906.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Enfant pesant 3250 grammes.

Durée de la dilatation, vingt-cinq heures.

Expulsion spontanée jusqu'à l'ombilic.

Anse au cordon. Celui-ci ne bat plus.

On abaisse les bras, difficilement et on extrait la tête par un Mauriceau et un Champetier de Ribes combinés.

L'enfant est vigoureux, un quart d'heure après l'extraction. Le cordon formait un circulaire autour du cou.

OBSERVATION LIII

Primipare, 19 ans, accouchée à terme le 15 juillet 1907 d'un enfant pesant 3530 grammes.

Bassin rétréci.

Présentation en S I D.

Durée de la dilatation, vingt heures ; de l'expulsion quatre heures.

Extraction manuelle (?)

Déchirure périnéale suturée.

Enfant cyanosé, mais vigoureux.

OBSERVATION LIV

Primipare, 25 ans, accouchée à terme le 21 août 1900.

Présentation en S I D ; le siège d'abord complet, se décomplète pendant la descente, le bassin étant rétréci,

On dilate le col artificiellement (bougie).

Extraction (p)

Enfant vivant, pesant 2770 grammes.

2

OBSERVATION LV

Secondipare, 26 ans, accouchée à terme au mois de juillet 1908.

On avait constaté beaucoup de liquide et on avait pratiqué facilement la version. Mais l'accouchement s'est fait en siège décompleté, mode des fesses.

Dilatation longue et artificielle.

Expulsion spontanée du tronc.

Extraction pénible de la tête dernière (15 minutes).

Le bassin était aplati et généralement rétréci.

L'enfant, vivant, pesait 2680 grammes.

Nota. — Nous avons publié ces trois dernières observations en groupe, quoique incomplètes, parce qu'il s'agissait d'accouchements dans des bassins anormaux : à ce propos nous indiquons les numéros des dix observations (sur 150) d'accouchements dans des bassins rétrécis ou aplatis ; ce sont les suivants :

I, XI, XXIII, XXIV, XL, XLII, LII, LIII, LIV, LV.

CONCLUSIONS

PRONOSTIC

La présentation du siège décomplété, mode des fesses est plus dystocique que ne le font supposer les statistiques antérieures, et la dystocie se manifeste pendant la descente et le dégagement. Il faut considérer comme habituelle la manœuvre de Mauriceau pour aider à l'extraction de la tête dernière, surtout chez les primipares dont il s'agit d'ailleurs le plus souvent.

Le travail est long, l'expulsion lente, les interventions très fréquentes (40 %). Il faut donc surveiller les parturientes lorsque l'enfant se présente par le siège décomplété, mode des fesses; le nombre d'inversions indique par lui-même la fréquence avec laquelle on constatera par l'auscultation la souffrance de l'enfant (latérocidences du cordon souvent méconnues).

Sous la direction de Fochier et de son successeur, M. le professeur Fabre, on n'est intervenu que lorsque l'extraction a été reconnue nécessaire, et cela, dans une proportion quatre fois supérieure à celle qu'indiquent les classiques.

Cependant, la mortalité pour la mère est nulle, et pour l'enfant, elle ne s'élève qu'à 5 %, chiffre bien inférieur à ceux qu'ont donnés tous les auteurs.

CONDUITE A TENIR

A) PENDANT LA GROSSESSE. — L'engagement du siège décomplété se fait souvent prématurément; lorsque le siège est engagé il ne faut pas tenter de le repousser pour faire la version; il vaut mieux laisser faire la nature.

Si le siège n'est pas engagé, il faut essayer de transformer la présentation du siège en sommet: mais la version est rendue difficile par les attelles rigides que forment les membres inférieurs; en tous cas, on ne doit pas faire la version trop près du terme (Professeur Fabre), de peur de causer une procidence du cordon, qui persisterait même avec la présentation obtenue.

B) PENDANT L'ACCOUCHEMENT. — On ne doit intervenir que lorsque la dilatation est complète. Tant que l'utérus se contracte bien, et que l'enfant ne souffre pas, il faut s'abstenir de toute intervention; celle-ci est indiquée même si la dilatation est incomplète, lorsque, après un long travail, l'utérus s'épuise, et que l'enfant ne progresse plus, ou lorsque la fréquence des battements du cœur fœtal est modifiée.

1^o *Siège à la vulve.* — Les tractions inguinales sont à conseiller, suivant la méthode de M^{me} Lachapelle: tractions alternatives sur les hanches antérieure et postérieure, en prenant point d'appui sur le bassin fœtal, et dirigées d'abord en bas, et progressivement en haut; si l'incurvation latérale du tronc est difficile, on pratique l'abaissement curatif des membres inférieurs, manœuvre exécutée délicatement et sans force.

Après avoir fait l'anse du cordon, on dégage les bras, que l'on abaisse, au besoin, suivant la méthode de Pajot.

La manœuvre de Mauriceau, combinée à celle de Charpentier de Ribes, doit suffire pour extraire la tête dernière.

2° *Siège dans l'excavation.* — Les tractions inguinales encore, pratiquées de la même façon que nous l'avons dit plus haut, doivent être exercées uniquement avec l'index de la main qui, dans la position normale (demi-supination), regarde le dos du fœtus : ces tractions sont laborieuses, pénibles : l'opérateur ne peut donc faire une extraction trop rapide ; il doit tirer alternativement sur la hanche antérieure, et sur la postérieure (tractions oscillantes).

Jamais de lacs, de crochets ni de forceps.

3° *Arrêt du siège au détroit supérieur* : Il s'agit alors de gros enfants, ce qui est rare ; (nous avons trouvé que le poids ne dépassait 4.000 grammes que 3 fois sur 150.) La présentation ne progressant plus, l'abaissement du pied, par la manœuvre de Pinard doit être exécuté ; en cas d'échec, il faut aller chercher le pied (l'antérieur de préférence), l'abaisser, et attendre. Cette manœuvre a l'avantage, a-t-on dit, de pouvoir se faire, alors que la dilatation n'est pas complète : on attend, et l'accouchement se termine spontanément — parfois. Mais, dès que l'on perçoit des signes de souffrance de l'enfant, et *c'est le cas presque constamment*, il faut extraire le fœtus rapidement, la dilatation n'ayant pas eu le temps de se compléter.

Dans ces conditions, les résultats obtenus ne sont pas satisfaisants ; il faut *compléter la dilatation, avant de pratiquer la manœuvre prophylactique de Pinard, et laisser faire la nature après avoir abaissé le pied.*

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Dans l'accouchement du siège décomplété mode des fesses, les signes de souffrance du fœtus, quelquefois passagers, n'échapperont pas à l'accoucheur s'il surveille et s'il ausculle souvent la parturiente : deux fois sur cinq, il y aura pour lui indication d'intervenir. Par les tractions inguinales, faites avec l'index, il pourra activer l'expulsion ; et loin d'occasionner la souffrance de l'enfant ou le reflexe respiratoire prématuré, par un frôlement du cordon (comme cela a lieu si souvent au cours de l'abaissement prophylactique du pied), il se peut que les signes de compression du cordon disparaissent : on continuera néanmoins les tractions inguinales oscillantes pendant les contractions utérines.

Cette méthode d'extraction est pénible à exécuter, mais elle permet d'obtenir les meilleurs résultats pour l'enfant, comme le démontre notre statistique. Pour la mère, les déchirures périnéales sont moins fréquentes.

Le Président de la Thèse,

VU : FABRE.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 26 Novembre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. — Ueber Behandlung der gedoppelten Steisslagen, société obstétric. Leipsig, 21 octobre 1872. Arch. fur Gynæk, t. v, page 174.

AGNEW. — The forceps in certain breech presentations (transactions of the obstétrical, Society of London, vol. xix, p. 217.)

AYERS E. — Version before labor in malposition of the fœtus Med Rec. New-York 1888, p. 581.

BAILLY. — Archives de Tocologie, 1876.

BALLOCHI. — Ostetricia per gli studenti di medicina Milano. 1871, p. 723.

PAUL BAR, BRINDEAU. — Le pratique de l'art des accouchements, 1907, t. 1, p. 281, 290.

BAR P. — Délicocéphalie et asymétries crâniennes chez certains enfants nés par le siège. (Bulletin de la Société d'obst. et de gynéc. de Paris, 1901, p. 189.)

BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales 1873. (Traduct. sur la 2^e édition par A. Cordes, p. 150 et suivantes.)

J. L. BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements, Paris, 1879, p. 514, 537, 547,

BITOT. — Archives de Tocologie, 1876.

BLACKER. — Die Verhinderung der asphyxie bei Beckenendlagen. Laucet 1901, 19 octobre,

- BLOC. — Etude statistique sur la présentation du siège décomplété mode des fesses. L'obstétrique, Paris, 1897, n° 4, p. 432, Th. Paris, 96-97.
- Mme BOIVIN. — Mémoire de l'art des accouchements, 4^e édition, Paris, 1836,
- BODDECKER. — Die in der Geburtshœflichen Klinik und Poliklinik zu Berlin während der letzten 10 jahre beobachteten Beckenendlagen. Inaug. Dissert. Berlin 1875.
- BONNAIRE. — De l'abaissement artificiel du pied dans la présentation du siège. Semaine médicale. Paris 1893, p. 393.
- BONNAIRE et SWEB. — Déformations plastiques du fœtus dans la présentation du siège. Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris, 1901, p. 189.
- BUDIN. Bulletin de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris. 1886, 1890, 1892.
- Présentation du siège décomplété, mode des fesses (Journal des Sages-Femmes 1900, 16 février)
- Journal des praticiens, 1892.
- BUDIN et DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchement, 1904, pp. 266 et suivantes.
- BURIGE. — Centralblatt, fur gynéc. 1881.
- CARTRON. — Conduite à tenir dans les présentations du siège décomplété, mode des fesses. Th. Bordeaux, 1897.
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 9^e édit. Paris 1874, p. 349 et suiv.
- CHAILLY H. — Traité pratique de l'art des accouchements, Paris, 1842, p. 799 et suiv.
- COMMANDEUR. — Cours de 1907.
- CORRADI. — Commentaria dell' ostetricia in Italia. Bologne 1874.
- CORRIEZ. — De la version par manœuvres externes dans les présentations du siège engagé. Th. Paris, 1888.
- DE LA MOTTE. — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature. Paris, 1765, chap. xvii, p. 486 ; chap. xxv, p. 893.

DELAUSSUS. — De l'abaissement du pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. L'obstét. de Paris, 1897. n° 4, p. 333.

DELAUNEY. — Pronostic et traitement des présentations du siège. Th. Lille 1889-90.

DESORMEAUX. — Dictionnaire, Article forceps.

DEVENTER. — Observations importantes sur le manuel des accouchements, 1733, chap. xlv, p. 267.

DOHRN. — Ueber Pulslosigkeit des Kindes während der Extraction an den Füssen. Arch. für gynæk. Bd VI, p. 365.

DUBÉ. — Union méd. du Canada, décembre 1900.

DUBOIS Paul. — Traité complet d'accouchements.

— — — Mémoire de l'Académie de médecine de Paris, 1833 t. III, p. 450 et suiv.

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchements.

DUGÈS. — Manuel d'obstétrique, Paris, 1840, p. 110 et suiv.

FARABEUF et VARNIER. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique de l'accouchement, p. 141, 147.

FAU F. — Th. Toulouse 1899-1900. Du céphalématome dans les présentations du siège.

FUNK BRENTANO. — De la conduite à tenir dans la présentation du siège. Revue pratique d'obstétrique et de pœdiatrie 1900. Septembre-Octobre.

GAULARD. — Archives de Tocologie, octobre 1889, Novembre 1901.

— Considérations sur les présentations du siège.

GAUSSEL ZIEGELMANN (Mme). — L'obstétrique, mars 1907, p. 137.

GIGLI et MARTINETTI. — Ueber die Kombinierta Anwendung von Forceps und stumpfen Haken bei steisslagen. Annali d'ostét. 1902. Décembre.

GRYNFELT. — Gazette de Montpellier, 1881.

GUILLEMEAU. — De la grossesse et de l'accouchement.

HAACKE. — Arch. für Gynækologie 1877, t. XI, p. 558.

HENRIONNET. — Th. Paris, 1884. Engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse.

- JACQUEMIER. — Manuel des accouchements.
— Traité d'obstétrique, Paris 1846, p. 611 et suiv.
- JOLLY. — Über die Prognose der steisslage, Inaug. Dissert. Berlin (1902).
- JOULIN. — Traité complet des accouchements, p. 561 et suiv.
- KANILOFF. — Dégagement des parties sus-ombilicales du fœtus, Dissert 1895. Berlin, 1897.
- KOTTNITZ. — Über Beckenendlagen. Volkmanns Sammlung Klin Vortrage II, série Br. 1888.
- KATZ. — Beobachtungen uber 300 Falle von Beckenendlagen aus der Universitäts Frauen Klinik in Berlin, Inaug. Dissert. Kiel 1893.
- OTTO KUSTNER. — Présentations du siège et des pieds, leur danger leur traitement. Sammlung KliniK. Vortrage von R. Volkmann, n° 140, 1878, p. 1069.
- Mme LACHAPELLE. — Pratique des accouchements, t. II, p. 67 et suiv.
- LASKINE. — Anomalie du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du siège décomplété mode des fesses. Société obstét. de France, avril 1895.
- LEFOUR. — Contribution à l'étude des présentations du siège décomplété mode des fesses. Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1882.
- LEFOUR. — Version céphalique par mouvements externes dans les présentations pelviennes et circulaires du cordon autour du col fœtal. Journal de médecine de Bordeaux, 1888-1889, p. 29, 35, 43.
- LEPAGE. — Comptes rendus de la Société d'obstét. et de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, juillet 1905, p. 190.
- LEVRET. — Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux, p. 46.
- LOVIOT. — De la version céphalique par manœuvres externes chez les primipares dans les présentations du siège engagé pendant la grossesse. Bulletin et Mémoire de la Société d'obst. et gyn. Paris, t. IV, p. 165,

LOVIOT. — Application du forceps sur le siège décomplété. *Annales de gynéc.*, t. xxxvi, p. 151.

MANGIAGALLI. — *Annalès d'obstétrici*, 1881, pp. 283, 546. 621.

MANTEL. — Thèse Paris, 1889. Nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans les présentations du siège décomplété mode des fesses.

MAURICE. — Th. Paris, 1892. Diagnostic des présentations du siège.

MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. Paris, 1681, t. 1, liv. II, p. 267 et suiv.

MAYGRIER. — *Traitement des présentations du siège décomplété mode des fesses*. Société d'obstét. et de gynéc. Paris 1890.

MERCIER et BELLEVUE. — *Etude comparative de la dystocie du 4^e temps dans les occipito-sacrées et le siège décomplété mode des fesses*. Th. Bordeaux, 1896-97.

MILES. — The forceps in difficult breach deliveries.

MINON H. L. — *Pronostic comparé des variétés complètes et décomplétées mode des fesses dans la présentation du siège*. T. Paris, 1903-04.

MULLER. — *Zur statistik der Steisslagen*. Inaug. Dissert. Halle 1902.

MUNSTER. — *Zur therapie der Steisslagen*. *Deutsche med. Vochenschr* 1877, Nr. 27.

NÉRET. — Th. Paris 1898-99. *Über Beckenenlagen*.

NÉRET. — De la présentation du siège. *Journal des Sages-Femmes*, Paris, t. III, p. 226.

NŒGELÉ et GRENSER. — *Traité pratique de l'art des accouchements*, traduit par Aubenas. 1880.

OLIVIER. — De l'intervention dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. Th. Paris 1882. *Annales de gynéc.* de Paris, 1890, t. xxxiv, p. 392.

PAJOT. — *Annales de gynécologie*, 1882.

— Version par manœuvres extérieures et internes combinées dans la présentation du siège. Société d'obstét. et de gynéc. de Paris. *Rep. univ.* 1888, n° 7, p. 99.

PEU. — La pratique des accouchements.

PID. — Intervention dans les présentations du siège décomplété mode des fesses. Bulletin de la Société de méd. pratique. Paris, 1890.

PINARD. — Dictionnaire des sciences médicales. Art. forceps.

PORAK. — Statistique à propos du pronostic et du traitement des présentations du siège décomplété mode des fesses. Nouv. arch. d'obstét. et de gynéc. 1887, Heft. 2.

— Deux cas de présentation du siège décomplété mode des fesses. Annales de gynéc. t. xxv, p. 216.

POTOCKI. — Abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. Annales de gynéc. et d'obstét. Paris 1893, t. xl, p. 24.

— Mémoire 1891.

RÉMY. — Tête venant la dernière, occiput en arrière. Arch. de tocologie. Paris 1892, t. xix, p. 881.

RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.

RODRIG. DOS SANTOS. — Rio de Janeiro 1879. Recherches sur les causes de retard de l'accouchement dans les cas de présentations pelviennes et moyens d'y remédier.

RÖDERER. — Eléments de l'art des accouchements, Paris 1765. Trad. française, pp. 333, 339 et suiv.

SOUTHWICK. — Cephalic version previous to labor for breech presentation. Amev. Journ. of obst. 1890. vol. xxiii, p. 1064.

SMELLIE. — Traité de la théorie et de la pratique des accouchements. Trad. française de M. de Préville. Paris 1754, p. 325.

SPENCER. — Dangers of breech presentation, and its treatment by external version toward the end of pregnancy. Brit. med. Journ. 1901. V. 1, p. 1192.

SPIEGELBERG. — Lehrbuch, 1878, p. 803.

STEIN. — L'art d'accoucher.

STERNFELD. — Arch. für gynéc., 1881.

STEINMETZ. — Des présentations du siège décomplété mode des fesses, Th. Nancy, 1898-99.

TARNIER et CHANTREUIL. — Traité d'accouchement, Paris, 1880, pp. 669 et 700.

UNDERHILL. — British medical journal, (octobre 1879.)

VAILLÉ. — Quelques remarques sur l'extraction du fœtus en présentation du siège décomplété mode des fesses. Th. Montpellier 1897-98.

VELPEAU. — Traité complet d'accouchement, p. 531.

VON WINCKEL. — Handbuch der Geburtshulfe, t. I, p. 1043,

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	3
RÉSULTATS de notre Statistique Personnelle	22
Tableau résumant les résultats	27
OBSERVATIONS :	
Accouchements suivis de mort de l'enfant	30
Interventions par abaissement prophylactique du pied	35
Interventions par abaissement curatif du pied	38
Vingt observations (tractions inguinales)	43
Interventions sur le siège dégagé	48
CONCLUSIONS :	
Pronostic	51
Conduite à tenir	52
Conclusions générales	54
BIBLIOGRAPHIE	55
